Dott. ENRICO BONI
Chirurgo vice-primario dell'Ospedale Maggiore di Milano

8

SOPRA UN RARO CASO

DI

CISTE DERMOIDE DEL RENE

Estratto dal giornale "L'Ospedale Maggiore"
Anno I. - 1906.

MILANO
Stabilimento G. Modiano & C.
1906.

CLINICA PER LA CURA

delle

MALATTIE CHIRURGICHE GENERALI

presso la Casa di Salute - Via Filangeri - 9 - (Tram S. Vittore)

MILANO (Telefono 26-57)

CURA RADICALE DELLE ERNIE

(Guarigione in 10 giorni)

DOTTOR ENRICO BONI

Chirurgo vice primario dell'Ospedale Maggiore

Consultazioni nella Casa di Salute il Mercoledì e il Sabato alle ore 12.

Nel proprio Studio (Via Monte Napoleone, 22) ogni giorno dalle ore 14 alle 15.

Dott. ENRICO BONI
Chirurgo vice-primario dell'Ospedale Maggiore di Milano

SOPRA UN RARO CASO

DI

CISTE DERMOIDE DEL RENE

Estratto dal giornale "L'Ospedale Maggiore„
Anno I. - 1906.

MILANO
Stabilimento G. Modiano & C.
1906.

COLLEGE OF SURGEONS
25 FEB 26
LIBRARY

Sopra un raro caso di ciste dermoide del rene.

Tra le forme morbose che possono interessare il rene una delle più rare è certamente la ciste dermoide. Se dobbiamo infatti prestar fede a quello che dicono gli autori in proposito, noi troviamo che soltanto quattro sono i casi finora pubblicati. Credo perciò di compiere opera non del tutto inutile descrivendo un caso che ebbi l'occasione di operare, e che mi porge l'opportunità di studiare questo tumore, sulla natura del quale non peranco i patologi si trovano d'accordo.

Per quanto io mi sappia, il primo che descrisse la ciste dermoide del rene fu il Paget (1), il quale nelle sue "Letture di patologia chirurgica„ a proposito dei tumori cistici del rene, vi descrisse come caso singolare anche la ciste dermoide, mettendo il rene fra gli organi raramente colpiti accanto alla lingua, al polmone, al testicolo, alla vescica e riferendosi al preparato anatomico conservato nel Museo del Collegio Chirurgico portante il numero 1904.

Dopo di lui una seconda osservazione di tale tumore veniva pubblicata nel 1874 da Jackson (2).

Il Madelung operò nel 1886 nell'ospedale di Rostok un malato nel quale erasi fatta la diagnosi di ciste da echinococco del fegato Il malato morì un anno dopo per infezione risipelatosa iniziatasi nel seno fistoloso rimasto dopo l'operazione e dall'esame dei pezzi anatomici praticato dallo Schlegtendal (3) risultò trattarsi di ciste dermoide poliloculata del rene destro Finalmente un ultimo caso è stato pubblicato da Walker (4) nel 1898.

Come si vede la letteratura, a proposito di questa forma morbosa, è assai scarsa ed i trattatisti o non ne parlano affatto, o se ne occupano molto brevemente.

Lo Schlegtendal nella sua memoria su questo argomento, asserisce doversi ritenere assai interessante farne parola, non solo perchè tale forma di tumore in questo luogo è di estrema rarità, ma ancora, e più di tutto, per l'interesse che i tumori del rene hanno in questi ultimi tempi acquistato riguardo alla patogenesi delle neoformazioni in generale.

Studiando la patogenesi dei tumori eteroplastici renali, Grawitz (5) ha potuto dimostrare che essi provengono dal tessuto delle capsule surrenali, che in forma di piccole isole era stato racchiuso, durante lo sviluppo fetale, in mezzo al tessuto renale o sotto la capsula del rene. Perciò egli classificò

questi tumori nella stessa categoria delle neoformazioni eteroplastiche di origine embrionaria nel senso di Conheim, nella quale vennero da Thiersch posti anche i carcinomi e di cui sono considerate come i più genuini rappresentanti le cisti dermoidi.

Pertanto la ciste dermoide presenta attualmente un doppio interesse: anzitutto come tumore renale per sè stesso, in secondo luogo come un nuovo contributo per dimostrare la presenza in questo viscere di una neoformazione, che si deve ritenere di origine embrionale.

Il caso di cui si tratta fu da me studiato nell'anno 1904 durante i quattro mesi nei quali ebbi l'opportunità di dirigere il comparto di chirurgia asettica femminile dell'Ospedale Maggiore di Milano e fui assistito nell'operazione dai dottori Pruneri e Pergami. La donna morì in principio della quarta giornata dopo l'operazione improvvisamente, e l'autopsia fu accuratamente praticata dal dott. Pergami.

M. Maria, d'anni 45, casalinga, abitante in Milano, entrata nel comparto asettico femminile il 7 maggio 1904.

A. R. Nulla da parte del gentilizio di bene accertato; pare che la madre sia morta all'età di 33 anni, per tubercolosi polmonare. Delle malattie pregresse notasi il morbillo all'età di 4 anni e la febbre tifordea all'età di 11 anni.

Mestruata a 18 anni, i catamenii furono sempre regolari. Si maritò a 23 anni; ebbe quattro figli i primi tre dei quali allattò essa stessa, ma l'ultimo, 13 anni or sono, non potè allattarlo perchè già soffriva i disturbi pei quali oggi entra all'ospedale. Tali disturbi consistettero fin da principio in dolori lombari ed addominali del lato destro insieme ad emissione di urine sanguinolente.

I primi sintomi che si riferiscono alla presente affezione cominciarono ad apparire or fanno 15 anni circa; si iniziarono bruscamente e continuarono per alcun tempo con tutti i caratteri proprii della colica nefritica: dolori lancinanti alla regione lombare destra, brevi di durata, acutissimi per intensità, a tipo accessionale, raggruppati in serie di tre, quattro accessi vicini, con periodi intermedii di quiete, fra le varie serie, della durata di quattro, cinque ore: irradiazione caratteristica verso la fossa iliaca destra e l'ipogastrio (riflesso renovescicale di Guyon).

Il periodo delle coliche durò circa un mese e mezzo, poi si ristabilì, rispetto al dolore, una condizione di cose che pressochè invariata dura tuttavia: uno stato particolare di molestia e dolore muto, ma insistente e continuo, diffuso alla regione lombare destra ed alla metà destra dell'addome. Cinque o sei giorni dopo l'inizio delle prime coliche renali, cominciò l'ammalata ad emettere urine sanguinolente, le quali si facevano più ricche di sangue dopo gli accessi dolorosi. Per lungo tempo, dopo cessati i periodi accessionali del dolore, le urine rimasero, al dire della paziente, sanguinolente con maggiore o minore intensità, ma sempre con un sedimento che all'occhio inesperto della malata si rivelava come sangue.

Circa otto mesi dopo il principio dei suoi disturbi, la malata rimase incinta dell' ultimo figlio; gravidanza e parto procedettero regolarmente, ed anzi dopo il parto essa ebbe per breve tempo l' impressione di essere liberata definitivamente anche dai dolori che l'affliggevano. Ma poco dopo questi ritornarono con gli stessi caratteri di prima.

A. P. Il fatto che ora, come nuovo, si impone, è l' impressione nell'ammalata della presenza, nel lato destro dell'addome, di un tumore che essa sente

chiaramente da circa cinque anni, durante il qual tempo è andato progressivamente aumentando. Dà quando la malata cominciò ad avvertite il tumore, le orine continuarono ancora per breve tempo a presentare la colorazione rossastra, indi si fecero chiare e non contennero più alcun sedimento. Non avvertì mai dolori alla coscia corrispondente. Dice soffrire da tempo inappetenza, difficoltà di digestione, sofferenze nervose. Alvo sempre regolare.

S. P. Sviluppo scheletrico regolare, nutrizione alquanto scadente: pannicolo adiposo sottocutaneo discretamente conservato; musculatura ipotrofica e floscia, cute e mucose visibili piuttosto pallide. Nel sistema linfatico periferico nulla rilevasi di notevole.

Capo e collo — nulla di anormale.

Torace — ben conformato, polmoni normali, cuore con diametri pure normali: l'itto della punta si palpa nel quinto spazio intercostale sinistro appena all'indentro della linea emiclaveare: toni puri su tutti i focolai.

Addome — tumido, specialmente nella metà destra; la sua parete anteriore presenta segni di pregresse gravidanze: nessun sviluppo delle vene cutanee. Quivi al primo colpo d'occhio osservasi una tumescenza globosa che occupa non solo la metà destra dell'addome, ma oltrepassa la linea mediana di circa tre dita trasverse e si estende in alto fino all'arco costale, in basso alla cresta iliaca. Facendo inspirare profondamente l'ammalata si osserva che il tumore non si sposta nè cambia di forma.

Nella località che già si è potuto stabilire con l'ispezione e con limiti che molto esattamente coincidono, si palpa un tumore a superficie non perfettamente liscia ma oscuramente lobata, dura in corrispondenza dei margini inferiore ed esterno, i quali si possono ben limitare con la mano e presentano una consistenza parenchimatosa. Meno limitabile riesce il polo superiore del tumore, ove si percepisce appena un solco che lo separa dal margine del fegato: la resistenza quivi è elastica e la pressione è molto dolente, a differenza della poca sensibilità dolorosa degli altri punti. Nella porzione superiore del tumore si rileva un oscuro senso di fluttuazione. Non è spostabile in senso verticale nelle profonde inspirazioni; leggermente mobile in senso trasversale,tiene nettamente il contatto lombare.

Corrispondentemente all'area indicata, si può rilevare con la percussione una zona di ottusità che è limitata in alto da un'area di risonanza timpanica che la separa dal margine inferiore epatico anteriormente; dalla linea emiclaveare all'indietro, la sua ottusità si continua con quella epatica e più in basso con quella data dalla massa lombare. Con la percussione infine si può mettere in evidenza un altro fatto importante che dimostra il tumore essere retroperitoneale; facendo piegare la malata sul fianco sinistro, compare alla faccia anteriore del tumore, ove in posizione supina si percepiva evidente la ottusità, la risonanza timpanica, per essersi insinuate, fra la parete addominale ed il tumore, delle anse intestinali.

Dall'esame dell'apparato genitale interno risulta che tanto i fornici anteriore e posteriore quanto i laterali sono liberi, che il collo uterino è normale, che l'utero conserva la sua naturale posizione. Coi movimenti combinati non si osserva alcuna continuità fra l'utero stesso ed il tumore. Gli annessi uterini sono normali.

Cateterismo degli ureteri. — La vescica presenta numerose chiazze di congestione per il che riesce difficile discernere gli sbocchi ureterali, specialmente quello di destra, di cui non si scorgono le caratteristiche eiaculazioni di orina.

Tuttavia dopo varii tentativi si riesce ad insinuare nell'uretere destro la sonda ureterale, la quale è però ben presto arrestata, alla distanza di tre centimetri circa; non è possibile perciò raccogliere l'orina divisa.

Divisione delle orine. — Altrettanto dimostrativa riesce la divisione delle orine mediante il divisore del Louis. Con essa si ottiene: a sinistra evidente fuoruscita dell'orina col caratteristico getto intermittente; nessuna eliminazione a destra: dimodochè, mentre la provetta di sinistra è riempita in un certo tempo, quella di destra rimane perfettamente vuota.

Esame delle orine. (*) — Orine di color giallo (n. 3 di Vogel), limpide, di odore urinoso normale. Peso specifico 1022, reazione acida; albumina in piccola quantità; urea 19,205 $^0/_{00}$: glucosio assente. Sedimento abbondante, semiopaco, formato da molecole giallastre.

Al microscopio:

1.° Numerosissime cellule epiteliali pavimentose delle vie periferiche.
2.° Cellule linfoidi isolate poco numerose.
3.° Emazie ben conservate in piccolo numero.
4.° Cilindroidi del Thomas in piccolo numero.

Nessuna traccia di elementi morfologici di processi nefritici.

Si stabilisce la diagnosi di *uronefrosi destra chiusa da probabile calcolosi renale.*

Previa la solita preparazione dell'ammalata, consistente in dieta tenue per qualche giorno prima dell'operazione, purgante, bagno generale ed applicazione sulla regione da operare di un largo impacco di soluzione di sublimato corrosivo al $^1/_2$ $^0/_{00}$ per circa ventiquattro ore, fatta un'accurata disinfezione, il giorno 16 maggio 1904 si procede all'atto operativo.

Cloronarcosi regolare: incisione della parete addominale lungo il margine esterno del retto anteriore destro (D'Antona). Il peritoneo viene scollato dal tumore sottostante al quale è fortemente adeso: esso è così sottile che si lacera con estrema facilità. Suturata la breccia accidentale, lo si solleva; si libera il tumore dalle rimanenti aderenze e lo si esporta insieme al rene, al quale aderisce tenacemente sulla faccia anteriore. Compiuta un'accurata emostasi, si pone in sito un grosso drenaggio di garza sterilizzata, indi si fa la sutura muscolare e cutanea in due strati.

La malata presenta, la sera dell'operazione, una temperatura di 38,2 la quale si riduce ben tosto nei limiti normali e vi si mantiene. Stante la poca resistenza organica della paziente, vengono praticate ogni giorno delle ipodermoclisi di circa 400 cc. Il polso si mantiene nei primi due giorni dopo l'operazione nei limiti da 112-120 e abbastanza valido; ma al terzo la frequenza va accentuandosi fino a raggiungere i 140 per minuto, e ad onta di tutti i presidii messi in opera per aumentare la resistenza cardiaca, la paziente quasi improvvisamente cessa di vivere all'inizio della quarta giornata.

Autopsia. — Ventisei ore dopo la morte.

Macchie ardesiache estese al dorso e sulla faccia posteriore delle natiche e delle coscie. Rigidità cadaverica conservata agli arti inferiori, scomparsa ai superiori. Dalla bocca fuoriesce una bava icorosa brunastra.

Cavità cranica. — Nulla di anormale alla scatola ossea; seni meningei contenenti coaguli sanguigni. Massa ed organi cerebrali con lieve infiltrazione edematosa.

(*) Questo esame chimico-microscopico venne eseguito dal Laboratorio di anatomia patologica dell'Ospedale Maggiore.

Torace. — La *pleura* di destra presenta molteplici aderenze da pregressa pleurite. Fatti ipostatici *polmonari* alla base di ambo i lati. *Ganglii linfatici peribronchiali* caseificati. Nulla nel pericardio: *cuore* un po' piccolo ed alquanto flaccido; miocardio normale. Valvole semilunari aortiche e polmonari sufficienti: nessuna alterazione alla mitrale e alla tricuspide. Nella porzione ascendente dell'aorta qualche piccola placca di ateroma.

Addome. — Non tumido nè sformato in alcun punto: in corrispondenza della sutura ampia cutanea operatoria, non un punto di suppurazione. La medicazione è umettata da poco liquido siero-sanguigno. Aperta la cavità peritoneale si riconosce che il peritoneo è sano: nessuna traccia di essudato in alcun punto nè di liquido sieroso. Nel punto dove era stata praticata la sutura del peritoneo si osserva già completamente avvenuto il perfetto coalito.

Aperta la cavità già occupata dal tumore e che è del tutto extra-peritoneale, se ne vedono le pareti deterse di color sanguigno, come appunto di tessuti in via di ricostituzione. Solo nel punto più declive si vede una scarsa quantità di liquido siero-sanguigno: nella parte più interna si riconoscono a perfetta tenuta le legature dell'ito renale.

Fegato in avanzata degenerazione grassa; pesa gr. 850. Parenchima giallognolo e facilmente lacerabile. La cistifellea, molto distesa, contiene cinque calcoli faccettati che ne riempiono quasi tutta la cavità.

Presso l'ilo del fegato si osserva un grosso ganglio linfatico in preda ad avanzata caseificazione.

Milza grossa, spappolabile, dall'aspetto vinoso.

Rene sinistro del peso di gr. 150; la sua capsula si svolge facilmente.

Parenchima iperemico; in alcuni punti accenna a degenerazione grassa, specie nella sostanza corticale. Il rene destro fu asportato col tumore e verrà descritto con esso.

Stomaco, intestino, mesenterio, omento, nulla presentano di anormale.

Utero, trombe, ovaie, non sono in alcun modo alterati. Nessun rapporto colla regione ove risiedeva il tumore.

Vescica normale.

Esame anatomo-patologico del tumore. — Il tumore è costituito da un corpo globoso di forma grossolanamente ovoidale, lobato, del volume di una testa di adulto, del peso di gr. 1500. Al taglio si rivela essere una ciste a cinque concamerazioni ampiamente comunicanti fra loro. La sua parete è piuttosto spessa, di consistenza fibrosa, a superficie esterna liscia di colore madreperlaceo; altrettanto spessi sono i setti che separano incompletamente le varie bozze della ciste. La superficie interna della parete cistica è irregolare e presentasi in alcuni punti liscia, in altri bernoccoluta; in corrispondenza di questi ultimi osservansi alcuni peli.

Il contenuto è per il suo aspetto macroscopico una pasta ateromatosa, densa, untuosa, giallo-grigiastra.

Alla faccia posteriore del tumore è adeso il rene, il quale presenta un volume notevolmente inferiore alla norma (circa $^1/_3$); ha un peso di gr. 50; presenta la superficie esterna regolare, la superficie di sezione grigio-gialliccia torbida. La pelvi è alquanto dilatata ed in corrispondenza delle papille notansi delle superfici irregolari con perdita di sostanza e un detritus grigio-giallognolo. Molto ridotte di spessore e pallide le sostanze corticale e midollare, con isole di tessuto fibroso bianchiccio.

Da un polo del rene parte del tessuto fibroso ed adiposo a guisa di cordone.

Al Microscopio si riconoscono nel rene i segni della lunga compressione, tracce di canalicoli contorti e di glomeruli circondati da abbondante tessuto connettivo giovane, lamellare, in alcuni punti più o meno stipato. Così pure vi sono punti di abbondante infiltrazione leucocitaria. In taluni punti ancora il tessuto connettivo è colpito da processi di necrobiosi.

Esame istologico della ciste. — Per le necessarie indagini istologiche, da punti diversi della parete della ciste furono tolti piccoli pezzi della grandezza di un centimetro o poco più; questi pezzi furono posti negli alcools a diversa concentrazione allo scopo di indurirli. Vennero poscia inclusi, colle modalità d'uso, nella parafina e ne vennero fatte le sezioni al microtomo, che poscia vennero variamente colorate al carminio alluminato, carminio Mayer, ematossilina ed eosina, carminio ed orceina, van Gieson, ecc.

Ecco senz'altro ciò che ci è dato osservare nelle sezioni:

Procedendo dalla pagina interna si osserva, ad un ingrandimento piuttosto forte (Koritska obb. 7, ocul. 3), un detrito ricco di granuli più o meno grossi e sferici, splendenti, punto colorabili colle soluzioni nucleari, più o meno aderente alla zona terminale del tessuto; si tratta di grasso senza dubbio residuo del contenuto della ciste. Al disotto vi è uno strato di cellule appiattite, chiare, trasparenti, fittamente corneificate, senza nucleo evidente, senza granuli di sorta nel protoplasma. È uno strato di sei, otto, od anche più cellule sovrapposte l'una all'altra, cui segue uno strato di cellule meno appiattite, parimenti chiare, trasparenti, con un piccolo nucleo malamente colorato e protoplasma ricco di granuli piccoli (granuli cheratojalini), intensamente colorati dall'ematossilina. Sotto questo strato vi è un grosso strato di cellule, composto di 12, 15, ed anche 20 ordini di cellule sovrapposte. Sono cellule aderenti l'una all'altra, poligonali, a protoplasma ricco di granuli di grandezza varia, splendenti, a nucleo piuttosto piccolo, centrale, che assume malamente le colorazioni nucleari. Da questo strato, senza intermediario di lamina basale, si passa direttamente allo strato connettivale assai alto, costituente tutta quanta la parete della ciste e suddivisa in parecchi strati riuniti l'uno all'altro da tessuto adiposo analogo al tessuto cellulo-adiposo sottocutaneo. Particolarmente caratteristico è il primo strato di connettivo che riesce facile differenziare dai sottostanti, perchè costituito da fascetti fibrillari leggermente ondulati e strettamente aderenti, formanti a loro volta fasci più grossi, i quali si intersecano variamente fra loro e danno l'aspetto di una vera rete a maglie di forma romboidale e più o meno larghe. Corrispondentemente ai fascetti fibrillari di connettivo, e in questo strato, s'impiantano i peli e si annidano piuttosto abbondanti le ghiandole sebacee. I peli si rinvengono in un punto limitatissimo del tessuto, dove si trovano aggruppati e stipati non altrimenti che nel cuoio capelluto. Sono peli a follicolo completo, a fusto rotondo perfettamente sviluppato. È facile distinguere in ogni pelo la guaina interna, un involucro risultante da varii strati di cellule che aderiscono strettamente al pelo riempiendo lo spazio che intercede fra il follicolo ed il fusto. Nel fusto inoltre si vede chiaramente la sostanza corticale costituita da una massa fibrillare trasparente, incolora, senza pigmento; la sostanza midollare che ripete la struttura complessa della sostanza midollare dei peli del capillizio; e la pellicola esterna, o cuticola, formata da sottili laminette cornee poste le une accanto alle altre e ricoprenti la sostanza corticale. In qualche raro follicolo ci è dato sorprendere lo sbocco dei dotti escretori delle ghiandole sebacee che attorniano i peli ordinariamente in numero di 2, o 3. Decorrenti presso questi, quasi a colmare gli interstizii

fra i vari fascetti connettivali, è facile distinguere colle colorazioni elettive numerose fibre elastiche più o meno spesse o sottili, ramificantisi variamente.

Si rinvengono in questo strato numerose ghiandole che ripetono la struttura caratteristica delle ghiandole sebacee. Sono grosse ghiandole acinose, costituite da vari fondiciechi, che si aprono in una cavità comune la quale continua nel dotto escretore. Non sono affatto compenetrate dal connettivo che si dispone all'intorno degli acini in fasci circolari, compatti, in modo da circoscrivere e separare i diversi acini.

L'epitelio degli acini ricorda lontanamente la struttura delle cellule filamentose del Ranvier, senza però i processi spinosi e gli spazii interciliari: sono cellule più voluminose, di forma poliedrica, o meglio esagonale, a protoplasma granuloso splendente ed a nucleo piuttosto piccolo pallidamente tinto. Nelle parti centrali di questi acini si rinvengono delle masse sebacee che presentano la forma di cellule ingrandite e lasciano ancora riconoscere il debole accenno di un nucleo, ma non contengono tracce di protoplasma granuloso. Sono cellule protoplasmatiche trasformate in veri lobuli sebacei, non altrimenti di quanto avviene nelle grosse ghiandole del Meibomio della cute delle palpebre.

Tra questo primo strato di connettivo e gli strati sottostanti, intercorre uno strato piuttosto spesso cellulo-adiposo, dove si insinuano numerosi vasi sanguigni di vario calibro a pareti ben individualizzate.

Gli strati connettivali che seguono, in numero di otto o dieci, e piuttosto alti, sono formati da connettivo densissimo, compatto, decisamente fibroso, e solcato da vasi sanguigni piuttosto scarsi e di piccolo calibro. In questi varii strati, sempre più rare quanto più ci allontaniamo dallo strato superficiale, si riscontrano voluminose ghiandole sebacee a molti acini dalla struttura analoga alle già descritte. Questi strati fibrosi costituiscono le pareti della ciste e danno ragione della sua resistenza.

Patogenesi. — Dall'esame anatomo-patologico e microscopico, risulta chiaramente che la ciste, nel nostro caso, appartiene alla classe dei dermoidi. — Per essere questi tumori costituiti di tessuti che non sono proprii delle regioni o degli organi nei quali si sviluppano, vennero da alcuni anatomo-patologi chiamati *eterotopici* (6), da altri *teratomi* (7). Essi per la maggior parte sono costituiti da cisti, delle quali è di gran lunga la più frequente la ciste dermoide. Queste cisti vennero ancora descritte da Lannelongue (8) col nome di *cisti congenite*, perchè per la maggior parte tale è la loro origine: se però si ammette la teoria della partenogenesi, per alcune di esse emessa in questi ultimi anni, e che sembra essere molto probabile, noi vedremo che talune di queste cisti possono avere origine anche durante la vita. È quindi più esatto chiamarle col nome di teratomi secondo Virchow, Ziegler (9) ed altri, o tumori eterotopici, come vengono chiamati da Delbet (10).

Essi costituiscono tutta una serie non interrotta di tumori che hanno il loro più elementare rappresentante nella semplice depressione cutanea, risultante da aderenze abnormi dell'ectoderma alle parti profonde; da questa passando alla fistola congenita, alla ciste dermoide vera e propria, ai teratomi di grado più elevato. Senonchè fra questi ultimi ve ne sono di quelli che oltre agli elementi dall'ectoderma, contengono talora anche quelli derivanti dal mesoderma ed anche veri organi più o meno sviluppati.

In nessun tumore adunque, come in questi, si può dimostrare come i germi embrionarii ne rappresentino il momento etiologico.

Ma non in tutti i casi riesce facile la spiegazione di questa loro origine, donde le varie teorie che a questo scopo in diversi tempi furono enunciate, per spiegare la formazione loro.

Verneuil formulò la teoria dell'*inclusione di frammenti dell'ectoderma*. Secondo questa teoria in un dato periodo dell'evoluzione dell'embrione una porzione di ectoderma viene, a livello delle saldature, ripiegata ed inclusa entro i tessuti sottostanti, ove, sviluppandosi, costituisce una ciste. — Questa teoria spiega in modo facile le cisti semplici, superficiali, che si trovano a livello dei punti di saldatura delle fenditure embrionarie, ove facilmente possono essere incluse delle ripiegature cutanee. Troviamo tali cisti di prevalenza alla regione orbitaria per anomalia di evoluzione della fessura fronto-orbitaria.

Anche al collo si manifesta non raramente un simile fatto per disturbo nella saldatura degli spazii bronchiali. Al capo si sono pure trovate cisti che rientrano in questa categoria, come quella descritta da Tillaux (11), da Terson (12), Lagrange (13), Chauvel (14): vi entrano ancora quelle che prendono la loro sede nel rafe perineale e nello scroto, come il caso riferito da Reclus (15), o nel pene, Gerulanos (16). Anche nella regione sternale, addominale, rachidiana, le cisti dermoidi semplici possono essere ritenute come conseguenze di accidenti di evoluzione delle lamine ventrali o dorsali. Ma le maggiori difficoltà si incontrano quando si voglia con questa teoria spiegare la formazione delle cisti contenenti abbozzi di organi non dipendenti esclusivamente dal foglietto esterno, ma che contengono evidentemente dei resti embrionari.

Lannelongue (17) ha tentato di spiegare la formazione delle cisti composte, contenenti cioè anche elementi derivanti dal foglietto blastodermico medio, coll'ammettere che non solo il foglietto esterno, ma anche "gli elementi di altri tessuti siano stati inclusi„; come pure volle spiegare la presenza, in alcuni dermoidi, di parti fetali, ammettendo che "la causa dei mostri doppii si trovi associata a quella che determina la formazione della ciste„ (18).

Ma evidentemente riesce troppo oscura e complicata questa spiegazione, non potendosi pensare, per esempio, che l'inclusione di porzione del foglietto blastodermico esterno nell'ovaio o nel testicolo, inclusione che può avvenire per la vicinanza del detto foglietto al primo abbozzo del corpo di Wolff, ove ha eziandio origine il tubercolo uro-genitale, sia sufficiente a determinare, nella ciste dermoide che ne deriva, la presenza di residui fetali. Per spiegare questo fatto è perciò ad altra teoria che noi dovremo ricorrere.

Geoffroy Saint Hilaire (19) fin dal 1832 aveva osservato come dalle cisti dermoidi più semplici si passasse per gradi di sempre maggior complessità, alle cisti più complicate delle ovaie e della regione sacro-coccigea, fino a raggiungere le proporzioni di veri mostri parassitarii ed autositarii (fratelli Siamesi). Egli cercò pertanto di darne la spiegazione ammettendo che due esseri distinti si fossero, durante lo sviluppo, saldati uno all'altro. Enunciò quindi la sua teoria della *diplogenesi per inclusione*. Egli ammise che durante il periodo embrionario due embrioni esistenti nell'utero, anzi due uova distinte, potessero fondersi fra loro colla scomparsa delle membrane nel loro punto di contatto.

Il Pigné (20) nel 1846 modificò questa teoria, ammettendo che la diplogenesi per inclusione dipendesse dallo sviluppo di due embrioni nello stesso ovulo. Uno dei due prende il sopravvento includendo i residui più o meno organizzati dell'altro, arrestatosi nel suo sviluppo. Le idee del Pigné sono ormai universalmente ammesse: tutte le mostruosità doppie derivano da un solo uovo, e si sviluppano sopra una sola vescicola blastomdermica (21).

Comunque sia la cosa, è evidente che l'ipotesi di Saint Hilaire dà perfettamente la ragione dello sviluppo nei casi di teratomi complessi, ma non può servire a spiegare la formazione delle cisti dermoidi più semplici. Queste, qualora si volesse spiegare la loro origine colla teoria della diplogenesi per inclusione, dovrebbero essere considerate come individui primitivamente distinti che siano stati chiusi in un altro individuo perfetto, e non abbiano subìto che uno sviluppo eccessivamente incompleto. È questo il lato debole della teoria e che permette di sollevare dei seri appunti. Oltre che è un fatto incontestabile che vi sono delle cisti, e sono la maggior parte, che non contengono residui fetali, ve ne sono altre nelle quali si trovano abbozzi di organi od organi perfetti straordinariamente moltiplicati, come per esempio i denti, che vennero trovati da Plouquet persino in numero di trecento. D'altra parte mal si potrebbe comprendere come in un embrione incluso ogni altro organo si sia atrofizzato e sia scomparso, ad eccezione delle parti derivanti da un solo foglietto blastodermico; in quanto che si trovano frequentemente cisti contenenti epitelio pavimentoso stratificato, glandole sebacee e sudorifere, denti e peli, tutte derivazioni del foglietto esterno; oppure se ne trovano di quelle rivestite internamente di epitelio a ciglia vibratili e contenenti rudimenti di intestino e liquido mucoide, le così dette *cisti mucoidi,* che come le prime non contengono elementi di origine mesodermica.

Infine sarebbe necessaria molta buona volontà per comprendere come un embrione venga incluso in un altro e vada proprio a prender sede sull'ovaio o sul testicolo di quello, e che talora, nel caso di cisti risiedenti in ambo le ovaie, due embrioni siano stati inclusi nell'individuo perfetto per andare ad occupare ciascuno un ovaio.

Queste argomentazioni, per quanto valide, se per una parte infirmano la teoria della diplogenesi per inclusione nei casi delle cisti più semplici, non hanno peraltro una portata generale e non sono sufficienti a far respingere l'enunciato di Saint Hilaire. Se la teoria della diplogenesi non può applicarsi ad ogni caso, è però quella che meglio può dare una spiegazione razionale e soddisfacente circa la genesi di quei tumori che prendono la loro sede nella regione sacro-coccigea, nella mascella e nello scroto, e che contengono dei residui embrionari; tanto più, in quanto che questi tumori si manifestano quasi sempre in un'epoca vicina alla nascita.

In opposizione a quella di Geoffroy Saint Hilaire, Lebert (22) propose la sua teoria dell' "*eterotopia plastica* o *del neoplasma*". Mentre il St. Hilaire vuole spiegare la formazione di tutte le cisti partendo dalle forme più complesse ed applicando per deduzione i fatti in esse osservati alle forme più semplici, Lebert procede nel senso inverso. Egli considera le cisti dermoidi come appartenenti alla categoria dei neoplasmi in genere e perciò, secondo lui, come quelli si svilupperebbero per una particolare aberrazione della nutrizione.

Noi sappiamo peraltro come ciò che caratterizza la ciste dermoide sia precisamente la presenza in essa di epitelio pavimentoso stratificato avente tutte le proprietà tipiche degli epitelii normali. Ora come potremo noi ammettere che tale epitelio sia dovuto ad un processo di aberrazione della nutrizione? D'altra parte le idee moderne circa la natura e l'attività formativa dei tessuti c'impongono la legge della loro specificità e ci danno gli argomenti da opporre a tale concetto. È infatti legge fondamentale anatomo-patologica, che l'epitelio non si genera che dall'epitelio, e ciò con tale costanza, che persino

le diverse forme epiteliali non sogliono trasformarsi le une nelle altre. Si comprende pertanto come la teoria di Lebert sia stata definitivamente abbandonata.

Bard e Trevou (23), ritenendo come indiscusso il principio della specificità dei tessuti dopo il periodo della differenziazione dei foglietti germinativi, ammettono la persistenza eventuale di elementi embrionarii anteriori a tale differenziazione. Sono questi elementi ch'essi chiamano " *cellule nodali* „. Tali cellule provenienti direttamente dalla morula, noi sappiamo avere proprietà formative ovulari complete, in tutto simili a quelle della cellula uovo, e che possono quindi dar luogo ai più differenti tessuti. Qualora una di queste cellule nodali venga inclusa in un tessuto differenziato, conserverebbe intatta la sua proprietà formativa, e sviluppandosi in un periodo qualsiasi della vita sotto l'influenza di una causa qualunque, darebbe luogo, secondo gli autori, ai più differenti tumori eteroplastici.

Una tale teoria, per quanto ingegnosa, non è stata in generale accolta con favore, come quella che sfugge ad ogni investigazione, non potendosi anatomicamente dimostrare l'esistenza di tali cellule nodali nei tessuti adulti.

Fu da taluni anatomo-patologi, (24) per spiegare la formazione dei teratomi, invocata la *teoria della gravidanza ovarica*. Con questa teoria si volle ammettere che un uovo fecondato e rimasto sull'ovaio, fosse capace di svilupparsi fino ad un certo punto, e poi andasse soggetto a regressione, in modo da costituire in questa sua sede anormale una sacca contenente degli abbozzi di organi più o meno sviluppati. Una tale ipotesi è contradetta dal fatto che cisti quasi identiche si riscontrano anche fuori dell'ovaio, come ad es. nel mesocolon trasverso (25), nello stomaco (26), o nel mediastino (Mondlebaum (27), Cyril Ogle (28). Furono poi trovate cisti ovariche consimili in donne con segni evidenti di verginità e tra le altre in una ragazza di 12 anni nonchè in neonati.

Una teoria che meglio della precedente spiega la presenza delle cisti dermoidi contenenti residui embrionarii nell'ovaio e nel testicolo, è quella della *partenogenesi*. È noto come in un certo numero di animali inferiori sia stata accertata la riproduzione senza fecondazione. *(Lucina sine concubitu)*. Ora si pensò se non potesse fino ad un certo punto ed in via eccezionale, verificarsi questo fatto anche nella specie umana. Di quì l'enunciazione della teoria in discorso.

Sebbene essa sia stata calorosamente sostenuta in Francia e diffusa per opera di Duval (29) e Répin (30), è tuttavia al nostro Cuzzi che ne andiamo debitori (31). Egli infatti fu il primo ad ammettere come un uovo possa, fino ad un certo punto, segmentarsi ed abbozzare organi rudimentali, senza precedente fecondazione. Tali idee del Cuzzi ebbero poi la conferma da un caso, osservato da Répin, ove in un ovulo non fecondato questo autore rinvenne un embrione nettamente riconoscibile. Altra osservazione con risultato positivo è quella del Morel (32) il quale, in un caso di peritonite puerperale, ha potuto constatare sull'ovaio di donna una distinta segmentazione dell'uovo, senza precedente fecondazione. Abbiamo infine una osservazione di Steinlin (33) che ha constatato un fatto del tutto in favore della partenogenesi. Egli ha trovato una giovane ciste dermoide del volume di un grano di ginepro racchiusa in un folicolo di Graaf. Queste constatazioni, se non dimostrano in modo assoluto la verità della partenogenesi nella formazione delle cisti dermoidi, la rendono però molto verosimile. Con essa si spiega assai bene la

complessità delle cisti dermoidi dell'ovaio e la loro frequente bilateralità: essa ci dà pure la ragione dell'epoca in cui verificasi il loro sviluppo, cioè dai 20 ai 35 anni, epoca nella quale l'attività sessuale raggiunge il suo massimo grado.

Per contro essa non giunge a spiegare come nelle cisti si possano trovare organi che non hanno affatto i caratteri embrionarii, ma che posseggono i caratteri dell'età adulta, come non spiega il fatto dell'esistenza in esse di organi moltiplicatisi in modo prodigioso, come i denti.

Questa teoria dà in compenso la spiegazione delle cisti composte del testicolo. Nel testicolo primordiale infatti si trovano non di rado degli ovuli primordiali simili a quelli dell'ovaio: la persistenza di questi ovuli, fino all'epoca della pubertà è stata pure constatata: nulla adunque si oppone all'ipotesi che questi germi si sviluppino partenogeneticamente in quest'organo, arrivato alla maturità sessuale, la quale verrebbe ad essere la condizione determinante del loro sviluppo.

Accenno da ultimo, per essere completo, ad una teoria apparsa in questi ultimi tempi e che considera i teratomi ovarici come veri e proprii *neoplasmi dell'uovo*.

Secondo questa teoria lo sviluppo dei teratomi sarebbe prodotto del medesimo stimolo pel quale vengono determinati i tumori nei diversi tessuti. Analogamente a quanto avviene nella cellula epiteliale e nella connettivale che, sotto un particolare stimolo, danno luogo alla formazione di tumore rispettivamente epiteliale o connettivale, questo stimolo agendo sulla cellula uovo, vi determinerebbe il fatto della segmentazione e dello sviluppo, dando un prodotto abbozzato poco evoluto, ma differenziato in molteplici tessuti ed organi.

Questo concetto caldeggiato sopratutto da Parmenide Ricci (34), tende, insieme alla teoria della partenogenesi, a conquistare la massima considerazione presso i moderni anatomo-patologi.

Dallo studio delle diverse teorie sovra esposte, risulta chiaro come ciascuna di esse è impotente a spiegare l'origine di tutti i tumori appartenenti alla vasta serie dei teratomi.

Come questi tumori sono diversi gli uni dagli altri nelle loro proprietà morfologiche, quantunque abbiano tutti comune l'aspetto esteriore della ciste, così diversa ne ha da essere l'origine ed il modo di sviluppo.

Escluse le teorie che ormai sono state universalmente abbandonate, ognuna di quelle che hanno resistito alla critica scientifica, deve essere assunta come base per la spiegazione della genesi di un dato gruppo di tali tumori. E così si potranno riferire al processo dell'inclusione dell'ectoderma o dell'endoderma rispettivamente le cisti dermoidi semplici o soltanto contenenti gli elementi dell'uno o dell'altro foglietto blastodermico: alla diplogenesi per inclusione le cisti contenenti gli elementi embrionarii di origine congenita che risiedono in punti dell'organismo lontani dagli organi della generazione; alla partenogenesi od alla neo-plasia ovulare, quei teratomi che hanno sede negli organi genitali.

Dato così un rapido sguardo alle principali teorie ammesse per spiegare la formazione dei teratomi in generale, vediamo quale possa essere invocata per spiegare la formazione della ciste dermoide del rene, di cui ci occupiamo.

Si tratta di una ciste semplice, non contenente che gli elementi derivanti dall'ectoderma: dobbiamo quindi eliminare quelle teorie che sono ammesse per spiegare la presenza nelle cisti di residui fetali o di tessuti provenienti anche dal foglietto medio. È pertanto alla teoria della inclusione che

noi dovremo rivolgerci per spiegare la presenza nel rene del tumore in parola.

Appena avvenuta la differenziazione dei tre foglietti germinativi, dei quali è noto che l'ultimo a formarsi è il medio, o mesoblasto, entro quest'ultimo, e precisamente nella porzione caudale dell'embrione (dal cuore alla estremità pelvica), si va formando il corpo di Wolff, il quale è tutt'affatto in contatto col foglietto blastodermico esterno. In tutta vicinanza del corpo di Wolff, al suo lato interno, e, secondo alcuni, formante corpo con esso, si sviluppa il bottone uro-genitale, di cui la porzione anteriore costituisce il nucleo dal quale prenderà origine la glandola genitale; la porzione posteriore darà luogo alla formazione del rene definitivo o metanefro.

Il Waldeyer (35) per spiegare la formazione delle cisti dermoidi dell'ovaio, ammette che durante l'evoluzione del corpo di Wolff, qualche cellula dell'ectoderma, rimasta aderente per contiguità al corpo stesso, lo accompagni nei rapporti intimi ch'esso conserva, pure durante il processo di involuzione, col bottone uro-genitale, e possa essere da questo inglobato, rimanendovi come punto di partenza della futura ciste.

Se questa inclusione ectodermica può essere fatta dalla porzione anteriore dell'eminenza uro-genitale, perchè non potrà eventualmente farsi dalla posteriore od urinaria? Nel primo caso si costituirà il dermoide dell'ovaio, del paraovario, ecc., nel secondo quello del rene o dell'atmosfera renale.

Sintomi. — Siccome i casi di cisti dermoide del rene sono pochissimi, non riesce facile, dal loro modo di comportarsi nei singoli casi, assurgere ad una sintomatologia generale. Ciò tanto più, in quanto che gli osservatori dei pochi casi finora studiati si sono preoccupati più di metterne in luce i reperti anatomopatologici ed istologici che i dati clinici.

Lo sviluppo delle cisti dermoidi in generale è molto lento e si manifesta ad un'età piuttosto avanzata, da 20 a 35 anni circa.

Anche nel caso nostro la malata si accorse della presenza del tumore circa a 26 anni, segno evidente che prima d'allora, pur essendo in via di formazione, non aveva ancora raggiunto tali proporzioni nè provocato tali lesioni da produrre disturbi apprezzabili alla paziente.

Tranne in casi affatto particolari e che finora non sono stati segnalati nel rene, la ciste dermoide per sè stessa ha un decorso benigno, non passa quasi mai alla forma di tumore maligno, per quanto vi sia la possibilità che l'epitelio pavimentoso di cui è tappezzata la sua superficie interna, degeneri in carcinoma (36)

La porzione ectodermica inclusa, capace di determinare la ciste, può rimanere inattiva per tutta la vita, ma può anche svilupparsi assai presto, durante i primi anni: i casi finora osservati però si manifestarono tutti dopo il ventesimo. — Contrariamente a quello che avviene per le cisti dermoidi d'altri organi, le quali rimangono in generale di piccolo volume; in due almeno dei cinque casi finora osservati, quello di Madelung ed il nostro, raggiunsero un volume piuttosto considerevole, tanto da estendere la sua ottusità dall'arco costale all'ombelico quello di Madelung — così da essere diagnosticato una ciste da echinococco — e da raggiungere il volume di una testa di adulto, il nostro.

Essendo in generale di natura benigna, la ciste dermoide non arreca disturbi che in ragione del suo volume, per la compressione che determina sugli organi vicini.

La sede è sulla faccia anteriore del rene, ma potrebbe anche svilupparsi

a spese della faccia posteriore, nella quale eventualità, spinto in avanti il rene contro la parte addominale, si potrebbe con un esame accurato avvertirne la presenza al davanti della ciste, fatto che invece non è avvenuto nel nostro caso ed in quello dl Madelung. Quando questa eventualità si potesse constatare, noi avremmo la massima probabilità di diagnosticare una ciste dermoide, anzi ne sarebbe quasi un sintomo patognomonico. Il rene in questo caso non essendo compresso contro una parete rigida, conserverebbe in massima parte il suo volume e la sua forma e sarebbe con facilità riconosciuto alla palpazione.

D'altra parte tutte le altre affezioni renali tendenti ad aumentare il volume dell'organo, non partono dalla capsula, ma dal parenchima o dal bacinetto ed hanno per effetto di distendere uniformemente la superficie renale o, nel caso di neoplasie, di renderla irregolare, non permettendo al rene di conservare la sua forma. Essa si sviluppa sotto la capsula renale, ma ben presto invade anche la profondità del parenchima il quale, compresso, per reazione è soggetto ad infiltrazione leucocitaria, donde si potrà scorgere la presenza di albumina nelle urine; il qual fatto si potrà constatare con la divisione delle urine, o col cateterismo degli ureteri. Pure con tali mezzi noi potremo all'evidenza dimostrare quale è il rene in preda ad emorragia quando questa si verifichi.

La ciste dermoide, sebbene vada aumentando lentamente e continuamente per l'accumularsi in essa di detriti epiteliali, ha però talvolta periodi più o meno lunghi di sosta apparente, che possono essere di mesi od anche di anni: ad un tratto sotto l'influenza di un'emorragia endocistica o di altri agenti che finora ci sfuggono, il suo aumento si fa rapido; donde dolori più o meno intensi che possono, come nel nostro caso, assumere le caratteristiche di vere coliche nefritiche calcolose. Il parenchima renale in questi periodi bruscamente disteso, viene lacerato, colla conseguenza di possibili emorragie concomitanti ai dolori.

Questi fatti però si manifestano sino ad un dato periodo; sino a che, cioè, il parenchima renale, continuamente soggetto a compressione, non venga quasi totalmente distrutto; dopo di che in sua vece rimane una semplice traccia di rene costituita in massima parte da tessuto connettivo. Ad uno stadio più avanzato del suo sviluppo, la cisti oltre al rene, invade gli organi vicini, come il fegato, se a destra, che potrà essere dolente per compressione e col quale essa potrà prendere aderenza. Aderenze pure potrà contrarre col peritoneo, determinandovi anche fenomeni di reazione, per il che dovranno verificarsi dolori spontanei addominali, prevalenti dal lato del tumore. A sinistra può contrarre rapporti intimi colla milza, collo stomaco, col colon trasverso e discendente.

Un sintomo peraltro che non manca mai nei casi normali è quello del contatto lombare. Per quanto il tumore abbia raggiunto un volume considerevole e sospinga gli organi coi quali si pone in contatto, esso rimane però sempre intimamente unito alla doccia lombare. Esso conserva tutti i caratteri del tumore retroperitoneale con nessuna o ben poca mobilità nel senso verticale durante le profonde inspirazioni. Anche la mobilità in senso trasversale è sempre assai limitata, come si potrà constatare colla palpazione eseguita tanto col metodo di Israel, quanto, e meglio, con quello di Guyon. Farebbe tuttavia eccezione a questa regola quel tumore che si fosse sviluppato in un rene mobile e non avesse ancora acquistato un volume considerevole. Si comprende

che in tal caso si potrebbe osservare una più o meno grande mobilità del tumore corrispondente al grado di spostabilità del rene. Senonchè allora si potrà percepire alla percussione della loggia renale corrispondente la sonorità, una volta che tumore e rene fossero fatti discendere. Il colon ascendente, se la ciste si sviluppa al lato destro, sospinto all'indentro ed in basso dalla massa del tumore, ci darà una risonanza chiara al davanti di esso il che si potrà meglio constatare se si avrà cura di produrne la distensione mediante insufflazione di gas nel retto. Per meglio distinguere se si tratta veramente del colon e non di un'ansa del tenue, si potrà ancora, dopo verificatane la sonorità, iniettare una adatta quantità di acqua nel retto nel qual caso, se si tratta del colon, si percepirà uu'ottusità dove prima eravi suono timpanico.

Se a sinistra, il colon potrà essere spinto tanto all'indentro come all'esterno e in ogni caso il tumore si troverà in gran parte ricoperto dal foglietto interno del mesocolon discendente.

La parete della ciste è quasi sempre spessa, per il che la fluttuazione sarà piuttosto oscura. Di più essendo il tumore generalmente diviso da setti fibrosi, prenderà un aspetto irregolare con superficie lobata. Contrariamente a quello che avviene per la calcolosi renale, siccome il dolore è dato dal volume del tumore che agisce per compressione sul rene e sugli organi vicini, conseguirà che prima ancora che i dolori compaiano, si potrà avvertire la presenza del tumore. L'emorragia pure si manifesterà dopo l'insorgenza del tumore, mentre nella uronefrosi calcolosa avverrà il contrario.

Ma all' infuori dei fatti di compressione sugli organi vicini, la ciste dermoide può dare dolori quando si faccia sede di suppurazione. Noi sappiamo bene quanto sia facile a suppurare questo tumore sotto l'azione di micro-organismi provenienti dall'esterno, importati nel praticare una puntura esplorativa da mano inesperta, oppure - il che avviene più di frequente - per la via sanguigna durante una malattia infettiva (tifo, pneumonite ecc.), od ancora mediante la via linfatica per l'eventuale contiguità colla parete del colon.

Allora il suo contenuto, se il rene è capace ancora di funzionare e l'uretere è pervio, può versarsi nel bacinetto ed essere emesso per la via dell'uretra con conseguente eliminazione di peli, dato che la cisti ne contenga; il che costituirebbe un sintomo patognomonico per la diagnosi del tumore in parola. Ma può dare la quasi assoluta certezza, anche nel caso che la ciste abbia versato il suo contenuto nel bacinetto senza che sia previamente suppurata, l'esame microscopico del sedimento delle urine. In esso, anzichè i globuli del pus, troveremo infatti abbondanti cellule cornee, globuli di grasso, cristalli di colesterina. La ciste in preda a suppurazione può anche versare il suocontenuto nell'intestino, nel qual caso, come nel precedente, rapidamente il tumore si affloscia e sembra scomparire, mentre il malato avrà evacuazioni diarroiche. La sua scomparsa però è affatto transitoria, inquantochè a poco a poco rimarginatasi la parete nel punto lacerato, l'epitelio della superficie interna riprende la sua moltiplicazione, ed in capo ad un tempo più o meno lungo la ciste sarà nuovamente riempiuta del suo contenuto caratteristico e ricomparirà nella sede primitiva. Ma un caso disgraziato può anche verificarsi. La ciste può, quando cada in preda a suppurazione, versarsi nella cavità peritoneale. In tale eventualità due sono i fatti che ne possono derivare: o la parete cistica trasmette il suo processo infiammatorio al peritoneo lentamente in modo che questo abbia tempo ad opporre una barriera all'invadenza del pus, ed allora si costituirà una peritonite saccata; o la ciste versa rapidamente il suo conte-

nuto nel cavo peritoneale, ed allora potrà dar luogo ad una peritonite settica con esito quasi sicuramente letale. Si comprende che in ogni caso un sintomo che non manca mai, è la febbre preceduta da brividi più o meno intensi, ed un acuto dolore nella sede della suppurazione.

Un altro fatto che può verificarsi in questa specie di tumore è il seguente: raggiunto un certo grado di sviluppo, per la compressione che produce sugli organi vicini e specialmente sul rene, esso provoca l'atrofia dei vasi di questo organo dai quali deriva la sua nutrizione. Ne viene che esso pure rimane nutrito in modo insufficiente e per conseguenza le sue pareti cadono in preda a degenerazione grassosa ed a calcificazione, e cessa di aumentare di volume. Noi potremo allora, palpando il tumore, rilevarne la consistenza lapidea.

Diagnosi. - Per quanto difficile, la diagnosi scaturisce da quanto si è detto riguardo alla sintomatologia. L'errore in cui si può cadere va attribuito più alla poca frequenza della malattia in quesa località, che alla mancanza di sintomi atti a farla diagnosticare. Qualora la sintomatologia sopra descritta si rilevasse esattamente, la diagnosi potrebbe anzi stabilirsi senza grandi ostacoli. Quando infatti si potesse constatare che il tumore cistico ha raggiunto un volume ad es. di una testa di feto a termine, o poco meno, in un periodo di anni piuttosto rilevante, e nel frattempo il paziente non avesse mai constatata la diminuzione o la scomparsa del tumore contemporanea ad una minzione esageratamente abbondante, il che farebbe subito pensare ad una uronefrosi intermittente; certamente, per questo solo fatto, saremmo indotti a sospettare la presenza di una ciste dermoide. È ben vero che la degenerazione cistica del rene potrebbe simularla; ma si deve osservare che la degenerazione cistica non suscita dolori come il dermoide, e d'altra parte non ne raggiunge mai il volume, senza provocare disturbi nell'economia generale, perchè il più delle volte si verifica la bilateralità della detta affezione renale.

La ciste dermoide potrebbe ancora essere confusa colla uronefrosi calcolosa, almeno qualora si presentasse il sintomo ematuria, come nel caso da noi studiato. Senonchè giova insistere sul fatto che può far distinguere le due forme morbose, cioè che nell'uronefrosi calcolosa per prime si manifestano l'ematuria e le coliche, e soltanto più tardi la raccolta di urina, per l'incunearsi del calcolo entro il tratto imbutiforme del bacinetto, mentre nella ciste dermoide si avvertirà il tumore prima dell'emorragia e del dolore. Di più l'esame radiografico ci farà rilevare la presenza del calcolo, mentre la ciste passerà inosservata, a meno che non contenga denti od ossa, i quali organi verranno con esso esame posti in evidenza.

Ad uno sviluppo non avanzato la ciste dermoide può essere confusa con altri tumori renali, quali il sarcoma, il carcinoma, il tumore da inclusione di una porzione di capsula surrenale, il lipoma, il fibroma, l'adenoma. Per quello che riguarda il *sarcoma*, terremo presente che esso è proprio dell'età giovanile, anzi talvolta appare già voluminoso nei primi mesi di vita, mentre la ciste abbiamo visto che si sviluppa quasi sempre dopo l'adolescenza: questa aumenta lentamente di volume, quello con estrema rapidità, tanto che in pochi mesi conduce il malato alla tomba. La ciste è globosa, a superficie liscia o a lobi; il sarcoma invece ben presto diventa una massa irregolare pel diffondersi degli zaffi. Quella è oscuramente fluttuante e renitente in tutta la sua superficie; il sarcoma in alcuni punti è molliccio, in altri offre notevole resistenza.

Il *carcinoma*, ad eccezione di quello che avviene per gli altri organi, nel

rene si sviluppa tanto nella prima età quanto nell'età adulta, nel qual caso compare quasi sempre dopo il 40° anno, ed esso pure può confondersi al suo inizio con una ciste dermoide giovane. Nel carcinoma però vi è fin dall'inizio costantemente l'ematuria spontanea, che si manifesta ad intervalli più o meno brevi, anche quando non ancora si palpa il tumore. Questo è progressivo nel suo sviluppo, ed i dolori locali sono continui e non hanno soste, come non ha sosta l'accrescersi del tumore maligno. Ben presto il carcimona invade l'atmosfera renale e gli organi vicini; acquista una superficie difficilmente limitabile, irregolare: più tardi il malato assume uno speciale dimagramento ed il colorito paglierino caratteristico della cute. Nella ciste nulla di tutto ciò: essa conserva la sua forma globosa e deve raggiungere un volume considerevole prima di provocare dei disturbi apprezzabili.

Ho parlato quì esclusivamente del sarcoma e del carcinoma primitivi del rene, in quanto che quando sono secondari vengono sempre accompagnati da tale sindrome fenomenologica, da togliere ogni dubbio sulla loro natura.

Ciò che si è detto ora a proposito del sarcoma e del carcinoma, io credo si possa ancora riferire al tumore che Grawitz pel primo ha descritto come dipendente da inclusione nel rene di porzioni di capsula surrenale. Esso si comporta come un sarcoma (37) e ne assume l'andamento maligno (1). Il rene in tale affezione, a differenza della ciste dermoide, si presenta ingrossato al polo superiore, ha consistenza molle, elastica, con superficie a grossi mammelloni. Il decorso di questa malattia è pur lento, ma se ne distinguerà perchè non raggiunge mai che un limitato volume.

Un altro tumore col quale la ciste potrebbe confondersi al suo inizio, è il *lipoma* del rene: questo però non assume che un piccolo volume ed in generale costituisce più una sorpresa per l'anatomo-patologo, che un fatto morboso di cui si abbia ad occupare il clinico. Quello che si dice del lipoma si può dire, per la stessa ragione, del *fibroma* (38). L'*adenoma* si è riscontrato pure nel rene: esso assume l'aspetto di un nodo unico e grosso, oppure di varii nodi disseminati, al tutto simili al tessuto renale, non raggiunge mai le proporzioni di un dermoide adulto e neppure ne assume la forma: passa per molto tempo inosservato e fa rilevare la propria presenza solamente quando si fa sede di degenerazione carcinomatosa.

La *ciste da echinococco* del rene, se da principio può assumere l'aspetto di un dermoide, se ne distinguerà ben presto per la rapidità del suo sviluppo, per la presenza del fremito idatideo.

Un *rene mobile*, specialmente se uronefrotico per piegamento dell'uretere, non potrà essere confuso con una ciste dermoide pel fatto che i dolori atroci che si verificano nella stazione eretta del malato, tosto scompaiono appena ch'egli si pone in posizione supina. D'altra parte se ne distinguerà perchè colla massima facilità potrà essere ricondotto nella sua loggia, con scomparsa immediata della tumefazione per l'afflosciarsi del bacinetto, non appena venga tolta la piegatura dell'uretere. Di più quando il rene è spostato, lascierà luogo alla risonanza della normale regione renale, non conservando più il contatto lombare, contatto che è sempre conservato dalla ciste.

---

(1). Non sono d'accordo gli autori sopra la natura di questo tumore che da alcumi è ritenuto un sarcoma (Ziegler, Albrecht, Ambrosius), da altri un carcinoma (Albarran, Hollen), da altri infine un tumore speciale non appartenente nè all'uno nè all'altro dei sopradetti (Birsch-Hirschfeld).

Non occorre dire come la ciste in parola non si possa minimamente confondere con un *ascesso perirenale*, neppure quando essa stessa si faccia sede di supurazione: è ben vero che si verificherà in questo caso il movimento febbrile come nell'ascesso, ma la ciste conserverà il suo aspetto globoso, sarà stata avvertita in antecedenza, mentre l'ascesso avrà una forma irregolare e sarà insorto da pochi giorni.

Ma la ciste dermoide del rene può presentare sintomi che la facciano confondere con tumori risiedenti negli organi vicini, ed anzitutto con quelli del fegato; poi con quelli della milza, del mesenterio, dell'intestino, del pancreas, delle ghiandole retroperimeali, e finalmente con quelli dell'ovaio e del paraovario.

Nel fegato noi troviamo le cisti da echinococco e più raramente il cancro primitivo. Non dobbiamo qui tener conto dell'*adenoma* che ingrossa in forma di nodi disseminati, e nemmeno dell'*angioma cavernoso* che, quantunque possa raggiungere persino il volume di un pugno, ha tali caratteri che lo fanno subito distinguere dalla ciste del rene. Riguardo alla *ciste da echinococco*, dovremo notare come carattere differenziale che non assume decisamente il contatto lombare, se non quando abbia raggiunto un volume tale da riempire pressochè tutta la cavità addominale; che essa cresce abbastanza rapidamente: essa fa salienza in ispecial modo alla metà superiore dell'addome ed in tal guisa da provocare una ragguardevole dispnea e un senso di tensione addominale molestissimo: presenta un suono ottuso che si continua e confonde colla ottusità del viscere nel quale si è sviluppato. Tale volume non è ma raggiunto dal dermoide renale, che conserva sempre la sua lateralità. Ciò non toglie però che non si possa talora prendere abbaglio, come avvenne al Madelung nel caso sopracitato. — Il *carcinoma primitivo* del fegato può assumere tre varietà anatomo-patologiche cui corrispondono quadri clinici differenti, e sono: il cancro massivo, il nodulare primitivo e il carcinoma con cirrosi (39). Tanto il *nodulare primitivo* quanto quello *con cirrosi* presentano tali caratteri per i quali non può nascere dubbio (superficie irregolare del fegato, ittero, ascite). Invece il cancro primitivo massivo per i suoi caratteri morfologici, determinando un aumento di volume uniforme dell'organo e conservandogli la superficie liscia, può ingenerare dubbi circa la diagnosi, tanto più che in taluni punti può presentare consistenza molliccia, così da simulare una oscura fluttuazione: inoltre mancano in questa forma l'ittero e l'ascite. Ma la rapidità grande del suo sviluppo (da quattro mesi ad un anno); la consistenza parenchimatosa sulla massima superficie del tumore; l'enorme volume ch'esso può raggiungere, tanto da arrivare talvolta alla spina iliaca anteriore superiore; la mancanza di aree di risonanza timpanica al davanti di esso; la cachessia cui rapidamente l'ammalato va incontro; l'assenza di qualsiasi disturbo renale; faranno escludere questa ipotesi.

I tumori e l'ipertrofia *della milza* possono qualche volta indurre in errore: la milza infatti può assumere, negli stadii gravi di malaria e nella leucemia, un volume considerevole; ma d'altra parte noi osserveremo i fenomeni collaterali della leucemia e della malaria. Di più la milza, per quanto sformata, conserva sempre alcuni caratteri della sua forma e della consistenza sua primitiva che la fanno abbastanza bene distinguere dal tumore renale. Così dicasi anche per la forma del Banti.

Più difficile a differenziarsi è la *ciste da echinococco* della milza; anzi si può asserire che nei primi stadii del suo sviluppo ciò è quasi impossibile. Essa

si sviluppa però rapidamente, è mobile tanto nel senso trasversale quanto nel verticale, presenta insomma i fenomeni di un tumore endoperitoneale, e per quanto non sempre, tostochè abbia raggiunto un discreto volume, lascierà percepire il fremito idatideo.

Nel pancreas, per quanto raramente, ha luogo la formazione di tumori che possono essere solidi o liquidi.

Non è qui il caso di parlare dei tumori solidi, i quali sono per lo più dei carcinomi e che sviluppansi a preferenza sulla porzione cefalica, dando luogo a sintomi gravi da parte del coledoco, del ventricolo, ecc., prima ancora che raggiungano un volume apprezzabile. In ogni modo occupano quasi sempre la linea mediana in corrispondenza dell'epigastrio, non sono mobili, ma semplicemente oscillanti e non si portano mai a contatto dei lombi. I tumori cistici invece raggiungono generalmente un volume discreto prima di provocare sintomi gravi. Essi sono in gran parte consecutivi a traumi o a processi infiammatorii (Körte) (40), e, per quanto siano comuni ai due sessi, si notano di gran lunga più frequentemente nell'uomo. Hanno quasi sempre la loro sede nella testa o nella coda, quasi mai nel corpo e possono svilupparsi considerevolmente. Solo la ciste pancreatica sviluppatasi nella porzione caudale dell'organo potrebbe essere confusa con un tumore cistico del rene sinistro in quanto che noi sappiamo bene quanto intimi siano i rapporti anatomici che esistono fra questi due organi. Ma sappiamo altresì che le cisti del pancreas hanno spiccata tendenza a svilupparsi in avanti; assumono rapporti intimi anche col ventricolo, col fegato, col colon traverso, potendo collocarsi nel loro sviluppo o fra il fegato ed il ventricolo, o fra quest'ultimo ed il colon traverso, oppure al disotto del colon stesso. La compressione portata sullo stomaco è sempre causa di gravi lesioni funzionali di quest'organo, d'onde vomito, gastralgie, dimagramento, il che non si osserva mai nei tumori cistici a sede renale. Oltre a ciò il tumore pancreatico appare sempre circondato da organi cavi (stomaco, intestino), sintomo che manca in quello renale, il quale altera invece la funzione renale, come si può dimostrare colla divisione delle orine e col cateterismo ureterale.

Il *peritoneo* può diventare la sede di un gran numero di tumori che fa d'uopo distinguere da quelli renali. Fra i tumori primarii della sierosa peritoneale, merita innanzi tutto menzione il *cancro.*

Esso forma nodi bianchicci, multipli, fusi fra loro o legati mediante cordoni; in mezzo ai nodi la sierosa è più o meno inspessita ed ordinariamente vi si forma un essudato sieroso o siero-fibrinoso, e quest'essudato può costituire vere raccolte saccate in qualsiasi parte del peritoneo e quindi, se una di tali raccolte si fa lateralmente, potrà dar luogo a dubbi. — Però notiamo che questi fatti sono sempre accompagnati da raccolta ascitica per reazione peritoneale: di più il tumore non si potrà mai nettamente limitare. La presenza di nodi duri, piccoli, talvolta anche mobili, con distinta fluttuazione, decorso rapido del morbo, e rapido deperimento della nutrizione generale, faranno pensare alla presenza di un tumore maligno, e non sarà più possibile un abbaglio.

Nel *mesenterio* possono prender sede delle cisti: esse hanno una situazione generalmente mediana, una grande mobilità specie nel senso trasversale; la loro percussione in qualche momento dà una completa ottusità, altre volte una zona di sonorità spiccata. Intorno ad esse le anse intestinali si dispongono a corona, dando luogo a risonanza timpanica. La pressione del tumore sui vasi sanguigni può produrre edemi ed idrope.

Esse cisti in generale provocano dolori fin dall'inizio, dolori che aumentano al più piccolo movimento, e si accompagnano a serii disturbi gastro-intestinali. Altre cisti hanno invece un decorso subdolo e si manifestano ad un tratto con violenti coliche enteriche e fenomeni di occlusione.

L'*epiploon* pure può essere sede di tumori e sopratutto di cisti; queste occupano molto frequentemente la regione mediana, non sono spostabili dall'alto al basso per l'inserzione della lamina omentale allo stomaco ed al colon trasverso, i quali organi saranno stirati in basso dal peso del tumore ed offriranno un abbassamento della loro area di risonanza.

I tumori dell'*intestino* hanno per sintomi caratteristici i fatti gastro-enterici (stenosi, vomito) che sorgono contemporaneamente allo sviluppo del tumore fin dall'inizio e non sopravvengono mai tardivamente.

Le *cisti da echinococco* possono risiedere in ognuno degli organi ora detti: omento, mesenterio, peritoneo parietale, ecc. Il fremito idatideo, la puntura esplorativa, colla quale si otterrà un liquido chiaro, povero di albumina, di scarsa densità, con scolici ed uncini, serviranno alla diagnosi differenziale.

Importante da tenersi presenti alla mente per la diagnosi della ciste dermoide renale, sono i *tumori originati dietro il peritoneo*. Le ghiandole linfatiche retro-peritoneali hanno quì una grandissima importanza. Esse possono essere infiltrate ed ingrossate in seguito ad un gran numero di processi morbosi; non del tutto infrequentemente poi possono costituire la sede di neoformazioni primitive. I tumori retro-peritoneali possono pure ripetere la loro origine dalla colonna vertebrale, dalle ossa del bacino, dal tessuto cellulare, dai muscoli pelvici, dall'aorta (aneurisma) ecc. Hanno tutti alcuni sintomi comuni ed una grande difficoltà di diagnosi.

Ricorderemo qui ancora le cisti sierose, le quali possono occupare, quando non siano molto grandi, i lati della colonna vertebrale, e precisamente le regioni, renali costituendo un serio imbarazzo per la diagnosi differenziale: noteremo tuttavia che esse raggiungono spesso un volume considerevole ed in tempo relativamente breve. La puntura esplorativa darà esito ed un liquido limpido.

Il *lipoma* fu pure trovato in questa regione: esso può raggiungere grandi proporzioni talora in breve tempo: esso presenta distinta fluttuazione come una ciste. Soltanto la puntura esplorativa ne lo potrà differenziare.

Le *ghiandole retro-peritoneali tubercolari* in modo idiopatico, od accompagnate alla tubercolosi delle vertebre o degli organi genitali od urinari, o dell'intestino, o delle ghiandole mesesteriche, o delle ghiandole linfatiche in generale, possono formare delle masse di un volume considerevole, perchè d'ordinario partecipa alla degenerazione caseosa anche l'atmosfera connettivale che le ravvolge. Tutte le ghiandole che si trovano in vicinanza della colonna vertebrale, dalla faccia inferiore del diaframma sino alla biforcazione dell'aorta, possono esserne colpite; qualche volta soltanto ammalano gruppi separati di esse. Quando i pacchetti di ghiandole caseificate si rammolliscono, vengono a formare a poco a poco dei grandi ascessi ai lati della colonna vertebrale. Il rapido sviluppo del tumore che esse costituiscono, il dolore muto e continuo cui danno luogo, i fenomeni meccanici di compressione sui dotti biliari, sono i fatti che ne risultano. Deprimendo fortemente le pareti addominali si percepirà il tumore più o meno diffuso, immobile, irregolare di forma, adeso fortemente alla colonna vertebrale e che sarà ricoperto dalle anse intestinali. Non riescirà pertanto difficile, in base a questi dati, stabilire la diagnosi

di sede. Per ciò che riguarda il diagnostico di natura dell'affezione, esso sarà rischiarato da una eventuale contemporanea lesione tubercolare di altri organi.

Più importante della tubercolosi è il *carcinoma* delle ghiandole retro-peritoneali. Esso più frequentemente di quella si manifesta in modo primitivo: talvolta però è secondario al carcinoma del peritoneo, del fegato, della milza, del pancreas, dello stomaco, dei reni, degli organi sessuali. Qui pure, come nella tubercolosi, anche il connettivo avvolgente le ghiandole partecipa al processo morboso, di modo che si formano delle piastre caucerigne, talvolta enormi, circondanti un tratto della colonna vertebrale. Ma il carcinoma di queste ghiandole può anche assumere la forma di un tumore unico, prendendo punto di partenza da una zona limitata di esse: in tal caso cresce specialmente in senso antero-posteriore, talvolta in modo considerevole tanto da raggiungere il volume di una testa di adulto ed anche più, fino ad occupare gran parte della cavità addominale. Il tumore allora in alcuni punti è relativamente duro, in altri molliccio, quasi fluttuante; è bernoccoluto, ineguale alla sua superficie, colla faccia anteriore ricoperta in tutto od in parte dalle anse intestinali; la sua faccia posteriore è fissa ed ha base ampia aderente alla colonna vertebrale. Senonchè esso ha un rapidissimo sviluppo ed anzichè con un dermoide del rene potrà più agevolmente confondersi con un carcinoma di quest'organo. L'esame delle urine e sopratutto la mancata ematuria ne lo faranno distinguere.

Importante pure a conoscere in questa regione è una categoria di tumori i quali, non per la loro natura, ma per la loro sede speciale, devono andare uniti. Quanto alla loro natura essi possono essere sarcomi, fibromi, fibroadenomi; ma l'importante si è che essi traggono tutti la loro origine da uno speciale gruppo di ghiandole linfatiche situate sul lato sinistro della colonna vertebrale, in tutta vicinanza del rene. È questo il gruppo delle ghiandole sopra aortiche che si estendono dalla biforcazione dell'aorta al bordo superiore del pancreas. Tali ghiandole sono con una certa predilezione interessate da tutte le malattie che colpiscono i vari organi addominali. Questo fatto è facile a comprendere se si considera che attraverso ad esse in modo speciale decorre la linfa proveniente dal fegato, dallo stomaco, dall'intestino, dalla milza e dal pancreas.

I tumori che si svolgono da questo gruppo di ghiandole retro-peritoneali assumono tutti una mole considerevole, hanno lo sviluppo nel lato sinistro dell'addome, non danno luogo all'ascite e agli edemi degli arti inferiori e producono lo spostamento degli organi addominali verso destra. Da questi fatti deriva che il volume dell'addome si fa considerevole, il torace viene dilatato nella sua base sinistra; l'addome assume quindi un'assimmetria marcata. La palpazione ci farà sentire in questa forma di tumore una massa solida, più o meno consistente, a seconda della natura sua, la quale si insinua sotto l'arco costale sinistro e che può, ad uno stadio avanzato di sviluppo, occupare tutto il lato sinistro fino al bacino.

Gli organi addominali, rimossi più o meno a seconda della loro spostabilità, si dispongono pressapoco sempre con un dato ordine; la milza è spinta in alto ed all'esterno, è spesso aumentata di volume per la compressione della sua vena, è a contatto immediato della parete addominale. Lo stomaco viene trascinato in alto dal legamento gastro-splenico; la massa intestinale del tenue è spinta verso destra; il colon discendente trovandosi al davanti del tumore e non potendo subire spostamenti considerevoli in causa delle sue aderenze,

viene compresso e può essere sede di inflessioni. L'uretere può venire compresso con esito di uronefrosi più o meno accentuata, mentre l'altro rene sarà ipertrofizzato per funzione vicaria.

Il peritoneo potrà, per reazione infiammatoria, dar luogo a raccolta sierosa nel suo grembo, raccolta che accompagna sempre la formazione di tumori maligni nell'addome e della quale dovremo sempre ricercare la presenza, essendo un buon segno per la diagnosi di natura del tumore.

Questi tumori, sebbene invadano la regione renale, potranno essere differenziati dal dermoide in causa della loro rapidità di sviluppo, della irregolarità della loro forma e della mole considerevole che raggiungono pressochè sempre. Le condizioni generali del paziente verranno così alterate, tanto per la natura maligna del tumore, quanto pel difficoltato circolo degli elementi nutritivi che attraversano questo gruppo di ghiandole retro peritoneali il che può verificarsi anche per la presenza di un tumore benigno che un errore di diagnosi potrà essere evitato.

Finalmente, nella donna, noi abbiamo altri tumori che possono condurre ad un errore di diagnosi: sono quelli provenienti dagli organi genitali interni (utero, ovaio). Tra le forme morbose che possono derivare dall'utero, quelle che ci interessano dal punto di vista diagnostico sono i *fibromiomi sottosierosi*. Essi si sviluppano dal corpo uterino e fanno sporgenza nella cavità addominale: talvolta coll'aumentare della loro massa si muniscono di un peduncolo che li rendono abbastanza mobili nella cavità addominale, almeno nel senso laterale. Essi aumentano abbastanza rapidamente occupano d'abitudine la linea mediana; hanno una consistenza parenchimatosa, una forma globosa regolare, possono raggiungere un considerevole volume Ad uno stadio avanzato possono dare disturbi dal lato della vescica urinaria e del retto per la pressione che esercitano sopra questi organi.

Si differenzieranno da un tumore renale per la sintomatologia ora detta e perchè facilmente, coll'esame combinato dei genitali, si rileverà la loro connessione coll'organo uterino.

Le ovaie divengono spesso la sede di tumori, ed in modo speciale di *tumori cistici,* che possono talvolta dar luogo a serie difficoltà di diagnosi. Questi tumori cistici ad un primo stadio di sviluppo sono completamente contenuti nello scavo pelvico ed in generale non producono disturbi di sorta, tanto che quasi sempre passano inosservati alle malate, le quali si accorgono soltanto della loro presenza quando essi hanno già raggiunto un notevole volume. Quando sono piccoli si trovano tutt'affatto vicini al loro luogo d'origine, ovaio o paraovario, e vengono accidentalmente scoperti dal ginecologo che per altre forme morbose sia obbligato a compiere l'esame dei genitali interni.

A questo stadio nessun dubbio può esservi circa la diagnosi differenziale. Quando la ciste dell'ovaio ha raggiunto un volume molto grande, tutta la cavità addominale ne viene occupata e gli organi del ventre sono spinti in alto. Si percepirà allora una fluttuazione marcata come se si trattasse di una raccolta ascitica colla quale potrà anche essere confusa.

La ciste però anche in questo stadio conserva la sua forma globosa che alla percussione dà nettamente la caratteristica curva a convessità superiore. Essa è stata in qualche caso confusa con una enorme uronefrosi: si è infatti talora praticata la laparotomia per estirpare una ciste ovarica e si trovò invece che si trattava di una muronefrosi.

Ma ad uno stadio di mediocre sviluppo, quando cioè la ciste non ha rag-

giunto un considerevole volume, può metterci in imbarazzo circa la diagnosi. È in queste condizioni che comincia ordinariamente a provocare disturbi di ordine sì locale che generale. Localmente la malata prova un senso di peso molesto durante la stazione eretta, di dolentatura, di un corpo che si muova nel ventre; talvolta dolori irradiantisi alla coscia corrispondente. I riflessi generali sono a carico sopratutto del sistema nervoso e dell'apparato digerente; l'ammalata diventa irritabile, è malinconica spesso; presenta inappetenza, difficoltà di digestione ribelle ad ogni cura medica e quindi deperisce nello stato generale della nutrizione; assume un aspetto speciale, la così detta facies-ovarica.

La ciste a questo stadio del suo sviluppo si peduncolizza frequentemente, ed il peduncolo può allungarsi tanto da permetterle di raggiungere persino gl'ipocondrii. È vero che in tal caso la ciste acquista una grande mobilità in ogni senso, ma in casi eccezionali questa mobilità può anche mancare, pur essendo la ciste lontana dalla sua sede normale, per aderenze che può contrarre cogli organi della cavità addominale.

Ricorderò a questo proposito un caso occorsomi or fanno due anni. Si trattava di una giovane sposa di una borgata alle porte di Milano.

Mentre in antecedenza non aveva mai avuto a lamentare alcun incomodo, da quattro giorni l'avevano colta forti dolori addominali, stipsi assoluta, vomiti di sostanze ingeste e biliari dapprima, fecaloidi più tardi; il ventre era tumido, le anse intestinali designate sotto la parete addominale; il polso era piccolo e frequente; nessuna elevazione di temperatura. Non vi era dubbio che si trattasse di un'occlusione intestinale. Ma sebbene il ventre fosse tumido e dolente, pure si riesciva a palpare nettamente nella regione epicolica destra un tumore globoso, fisso, che si poteva far oscillare all'interno ed all'esterno provocando intensissimi dolori, ma per nulla affatto si poteva spostare nel senso verticale. La diagnosi quindi si completava coll'ammettere, oltre all'occlusione intestinale, una uronefrosi destra.

L'ammalata era in cura al mio amico dott. Angelo Manzoni che mi pregò di assisterlo nell'intervento laparotomico. Aperto il ventre, si trovò nella regione epicolica destra, molto vicino all'ipocondrio, un tumore grosso quanto un utero a tre mesi e mezzo di gravidanza, munito di peduncolo attorno al quale eransi attorcigliate delle anse dell'intestino tenue producendo un vero strozzamento. Il tumore era costituito da una ciste dermoide dell'ovaio destro a lungo peduncolo e che pel fatto dell'attorcigliamento delle anse intestinali, era stato ivi fissato. Se in questo caso singolare non si potè determinare con esattezza l'origine del tumore, ciò va attribuito a non essersi potuto esaminare con cura la malata: il fatto dell'occlusione s'imponeva e bisognava anzitutto, data la gravità delle condizioni generali e locali, non frapporre indugio ad un pronto intervento. — In generale però trovandoci davanti a questi tumori il più delle volte un esame minuzioso dei genitali interni ci illuminerà nel diagnostico. Avvertiamo infatti che essi sono in connessione coll'ovaio o col paraovario dell'uno o dell'altro lato; percepiremo l'innalzarsi del fornice corrispondente al lato d'impianto del tumore, ogni qualvolta colla mano libera applicata sulla parete addominale, imprimeremo al tumore una spinta dal basso all'alto.

Prognosi. — Per quanto la ciste dermoide del rene sia suscettibile di degenerare in carcinoma, come quella che è abbondantemente provvista di epitelio nella sua superficie interna, tuttavia nei pochi casi finora osservati nes-

suno ha potuto constatare un tal fatto. Però da quanto siamo venuti dicendo risulta chiaro che il dermoide in questa regione determina una compressione tale sul rene, da produrne talora la completa atrofia.

La prognosi pertanto, che riguardo alla natura del tumore dovrebbesi ritenere favorevole, diventa per lo meno riservata a cagione delle lesioni che può meccanicamente produrre sugli organi vicini ed in modo speciale sul rene. La suppurazione eventuale poi la rende riservatissima, potendo dar luogo a gravissimi accidenti.

Cura. — Constatata la presenza nel rene dell'affezione in parola la cura chirurgica s'impone: più sollecito sarà l'intervento e maggiori saranno le probabilità di risparmiare al paziente la privazione di un organo tanto importante qual'è il rene. Qualora la ciste si trovasse in uno stadio di sviluppo non molto avanzata ed il rene fosse ancora ben conservato, sarebbe obbligo del chirurgo di praticare l'ablazione del tumore senza sacrificare il rene. Se le aderenze considerevoli non permettessero l'enucleazione del tumore senza ledere il parenchima renale, se ne potrebbe praticare la resezione (41).

La eventualità di trovarsi in presenza di un rene unico, farà eseguire in ogni modo la resezione parziale dell'organo o meglio la marsupializzazione della ciste: a tal uopo la ciste verrà ampiamente aperta, esportata pel tratto maggiore possibile; i margini della porzione rimasta saldamente adesa al parenchima renale, verranno suturati ai bordi cutanei della ferita. Se ne cauterizzerà poscia la superficie interna allo scopo di determinarvi la distensione dell'epitelio ed ottenere così la guarigione per granulazione. Soltanto quando avrà potuto formarsi la convinzione che il rene è stato completamente reso incapace di funzionare e che quello del lato opposto compie senza ostacoli la funzione vicariante, come nel caso nostro, il chirurgo si riterrà autorizzato a praticare la nefrectomia.

Circa i processi operatorii che si possono eseguire allo scopo di giungere sul rene, abbandonato ormai dalla grande maggioranza dei chirurghi quello del Simon, perchè apre una via troppo ristretta per compiere le necessarie manualità di un atto operativo tanto delicato, varii sono quelli adatti allo scopo e che si trovano minutamente descritti dagli Autori. Alcuni di essi raggiungono il rene per la via extra-peritoneale, altri attraversando la grande sierosa.

I metodi extra-peritoneali dovranno essere quelli di scelta, in quanto che ci mettono al riparo da ogni sorpresa; eseguiti con tagli obliqui, essi aprono una via sufficientemente ampia da permettere l'estirpazione di qualunque tumore per quanto grande sia. Così noi potremo adottare il taglio lombo-addominale di Koenig, oppure l'obliquo di Guyon, o l'addomino-extra-peritoneale del D'Antona, metodo quest'ultimo da noi seguito nel caso presente. I tagli obliqui poi, potranno offrire uno spazio ancora maggiore se si resecherà la dodicesima costa al modo di Bruns, oppure l'undicesima e la dodicesima insieme.

Il metodo intra-peritoneale caldeggiato specialmente dal Thornton, dal Martin, dal Langenbeck, dal Lawson Tait, non deve costituire che un mezzo di ripiego. Quando per errore di diagnosi, praticata la laparotomia, il chirurgo si trovi davanti ad un tumore renale, approfitterà della via laparotomica già aperta per eseguire l'estirpazione circondandosi, bene s'intende, di tutte le cautele necessarie perchè nè detriti di tumore, nè liquido di ciste cadano nella cavità peritoneale. Esportato il tumore, praticherà un'accurata sutura della pagina posteriore del peritoneo, ponendo, se occorre, un adatto drenaggio per

la via lombare. Quando però si sarà potuto stabilire una diagnosi sicura, è la via extra-peritoneale che dovremo seguire di preferenza.

Qualunque sia la scelta, il chirurgo dovrà tener presente questo assioma: quanto più ampia sarà la breccia, altrettanto più facile riuscirà di rendersi padrone del campo operativo, meno laborioso e più sollecito l'intervento; il che rende più probabile il felice risultato dell'operazione.

BIBLIOGRAFIA.

(1) James Paget. — *Lectures on surgical pathology*, 1863.

(2) Jackson. — *The Boston Medical Journal*, avril 1874. Citato da Albarran.

(3) Shlegtendal. — **Ein fal von Atherom der Niere.** *Archiv für Klinische Chirurgie.* (Langenbeck) 1887. Bd, 36.

(4) Walker. — *Trans. of the American Med. Assoc. In Centralblatt für Harn und sexual-Organe,* 1898 citato da Albarran.

(5) Grawitz. — **Die Sogenannten Lipome der Niere.** *Virchow's Archiv.* Bd. 93, 1883 e **Die Entstehung von Nierentumoren aus Nebennierengewebe.** *Langenbeck's Archiv.* Bd. 30.

(6) Delbet. — **Traité de chirurgie clinique et operatoire.** Paris 1904.

(7) Virchow. — **Die krankhaften Geschwülste.**

(8) Lannelongue et Achard. — **Traité des kystes congenitaux.** Paris 1904.

(9) Ziegler. — **Trattato di anatomia patologica.** 3a edizione italiana 1897.

(10) Delbet. — opera citata.

(11) Tillaux. — **Ciste dermoide della protuberanza occipitale esterna.** 7o congresso francese di chirurgia, 1903.

(12) Terson. — **Due casi di ciste dermoide nell'orbita del bambino.** *Riforma Medica* 1899.

(13) Lagrange. — **Kistes dermoïdes de l'orbite.** *Societé de Chrurgie de Paris*, 1900.

(14) Chauvel. — **Ciste dermoide a contenuto oleoso.** *Riforma Medica*, 1901.

(15) Reclus. — *Gazette hebdomadaire de Médicine et chirurgie*, 1893.

(16) Gerulanos. — **Contribution a l'etude des dermoïdes de penis.** *Semaine Médicale*, 1900.

(17) Lannelongue. — Ibedem.

(18) Lannelongue. — Ibedem.

(19) Geoffroy Saint-Hilaire. — **Histoire géneral et partic. des anomalies de l'organis. chez l'homme et les animaux.** Paris 1832, 37.

(20) Pigné. — Citato da Durante nel **Trattato di patologia e terapia chirurgica.** Vol. 1.

(21) Ziegler. — Ibidem.

(22) Lebert. — **Anatomie pathologique.**

(23) Trevou. — **Des tumeurs a tissus multiples.** Thèse de Lyon 1888,

(24) Cruveilhier. — **Anatomie pathologique.**

(25) Potherat. — *Societé de chirurgie.* Paris, oct. 1903.

(26) Steitzner. — **Ciste dermoide dello stomaco.** 22o Congresso della Società Tedesca di Chirurgia. Berlino 1896.

(27) Mondlebaum. — **Ciste dermoide del mediastino.** *Riforma Medica*, 3, 1900.

(28) Cyril Ogle. — **Ciste dermoide interessante il polmone.** *Riforma Medica*, 2, 1897.

(29) Duval Mathias. — **Sur la segmentation sans fécondation.** Paris, 1884.

(30) Repin. — **Origine parthénogenetique des kystes dermoïdes de l'ovaire.** Paris, 1891.

(31) Pinzani. — **Neoplasmi delle ovaie.** *Trattato italiano di chirurgia*, 1905.

(32) Morel. — **Traité d'histologie.** Nancy, 1864.

(33) Steinlin. — Citato da Delbet, in opera cit.

(34) Parmenide Ricci. — **Dermoidi e teratomi.** *Archivio Italiano di Ginecologia*, 1903.

(35) Waldeyer. — **Anatomicher Anzeiger.**

(36) Zinnsmeister. — *Atti del Congresso dei medici e naturalisti tedeschi*, 1894.

(37) Kelinack. — *British Medical Journal*, 1899.

(38) Kelinack. — Ibidem.

(39) Hanot et Gilbert. — **Etudes sur les maladies du foie.** Paris, 1888.

(40) Körte. — **in- trattato di chirurgia pratica di von Bergmann, von Bruns, Mikulicz.** Vol. 3. p. 662.

(41) Durante. — **Trattato di patologia e terapia chirurgica.**